



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DO TRABALHO E ASSISTÊNCIA SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
Praça dos Girassóis – Esplanadas das Secretarias, 77001-002 – Palmas/TO
Fones: (63) 3218-1900/1914 – Fax: (63) 3218-1990

FOTO (ATUAL)

ANEXAR COM CLIPS

FOTO (ATUAL)

COLE AQUI

**FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DO IDOSO
TRANSPORTE INTERMUNICIPAL**

Lei Estadual nº. 2.001 de 17 de Dezembro de 2008.
Instrução Normativa – SETAS - nº. 002 de 02 de Março de 2009.
Resolução – ATR - nº. 020 de 27 de Fevereiro de 2009

CARTÃO DO IDOSO: () INSCRIÇÃO () RENOVAÇÃO () 2ª VIA

Número do Cadastro: _____/20____.

*Município _____ Estado: Tocantins

*Nome Completo: _____

*Data de Nascimento: __/__/____ *CPF _____

*RG.: _____ *Órgão Expedidor: _____ *Data Expedição: __/__/____

Natural de _____ Estado: _____

*NIS: _____

*Endereço: _____

Telefone de contato: _____ *Valor da Renda Mensal _____

*Campos Obrigatórios

Pela presente, declaro serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades no Código Penal Brasileiro, arts. 171 e 299.

Digital

Assinatura do Beneficiário ou Responsável Legal

DECLARACAO

Declaro para os devidos fins junto a Secretaria do Trabalho e Assistência Social Social/SETAS, que as informações prestadas são verídicas e foram confirmadas através de visitas “in loco”.

Por ser expressão da verdade, firmamos o presente.

Município: _____ Data __/__/____

_____ Ass. Secretário(a) Mun. Assistência Social	_____ Ass. Responsável pela Visita
---	---------------------------------------

Destaque e entregue ao beneficiário

CARTÃO DO IDOSO – TRANSPORTE INTERMUNICIPAL

Protocolo de Cadastro N. _____/____ Data __/__/____

Município: _____ Estado: Tocantins

Responsável pelo Cadastro: _____

Tel: _____.